

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 9 Avril 1908, à 1 heure

PAR

Catherine KOTLIAREWSKY

ÉTUDES

SUR LES MÉTRORRHAGIES

d'ordre réflexe et congestif

Président : M. POZZI, professeur

Juges { MM. ALBARRAN, professeur
QUÉNU, professeur
LAUNOIS, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne, 1

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. LANDOUZY
Professeurs		MM.
Anatomie.....		NICOLAS
Physiologie.....		Ch. RICHET
Physique médicale.....		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.....		GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	{	BRISSAUD
		DEJERINE
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....		PIERRE MARIE
Histologie.....		PRENANT
Opérations et appareils.....		QUENU
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET
Thérapeutique.....		GILBERT
Hygiène.....		CHANTERMESSE
Médecine légale.....		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		GILBERT BALLET
Pathologie expérimentale et comparée.....		ROGER
Clinique médicale.....	{	HAYEM
		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
Maladies des enfants.....		HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....		JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.....		RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	{	LE DENTU
		BERGER
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERRONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....		ALBARRAN
Clinique d'accouchements.....	{	PINARD
		BAR
Clinique gynécologique.....		RICHEMONT-DESSAIGNES
Clinique chirurgicale infantile.....		POZZI
Clinique thérapeutique.....		KIRMISSON
		ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FER.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef
CARNOT	JEANSELME	MARION	des travaux anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A TOUS CEUX QUI NOUS ONT GUIDÉE
ET PAR LEUR BIENVEILLANCE NOUS ONT SOUTENUE
DANS LE COURANT DE NOS ÉTUDES MÉDICALES

A M. LE PROFESSEUR POZZI

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Notre vive reconnaissance pour le
grand honneur qu'il nous a fait
en acceptant la présidence de
notre thèse.*

ETUDES SUR LES
Métrorrhagies
D'ORDRE RÉFLEXE ET CONGESTIF

INTRODUCTION

Les métrorrhagies sont un des symptômes les plus fréquents que l'on puisse observer dans la pratique gynécologique. Elles se présentent avec une variété d'allures, une complexité de formes, qui rendent souvent très difficile le diagnostic de leur cause réelle, mais qui peuvent aussi fournir au médecin des indications précieuses sur l'état anatomique ou fonctionnel des organes génitaux ou même sur les troubles généraux de l'organisme.

En dépit de la complexité reconnue de ce symptôme et de la multiplicité de ses causes possibles, il règne assez souvent, nous semble-t-il, dans quelques milieux médicaux, une sorte de parti pris de simplification. Les traités classiques de chirurgie et de gynécologie ont beau énumérer et quelquefois en de superbes tableaux synoptiques, les causes locales, les causes générales et les causes réflexes des hémorragies utérines, ils passent brièvement sur les

métrorragies des deux derniers ordres, pour n'insister que sur les affections de l'utérus. Aussi n'est-il pas étonnant qu'un grand nombre de praticiens renchérissent encore sur cette tendance, et, se trouvant en présence d'une métrorragie, n'évoquent en leur esprit qu'un nombre restreint de possibilités causales : métrorragie cela veut dire avortement, rétention placentaire, métrite, fibrome ou cancer. Evidemment ce sont là les causes de beaucoup les plus fréquentes, mais il faut bien savoir qu'il en existe un grand nombre d'autres qui, pour être plus rares, ne sont cependant pas dénuées d'importance. Il faut songer à la possibilité de salpingite latente ou d'ovarite scléro-kystique, de kyste de l'ovaire ou de tumeur du ligament large ; il faut rechercher la lésion cardiaque ou la maladie de foie, penser à l'influence possible d'un trouble général de la nutrition, du neuro-arthritisme, ou d'une suractivité fonctionnelle des ovaires, etc. ; en un mot, lorsque la nature de la métrorragie n'apparaît pas évidente, et ne peut être d'emblée rattachée à l'une des causes fréquentes que nous énumérons tout à l'heure, il faut envisager la possibilité d'une de ces causes réflexes ou générales que nous nous proposons d'étudier.

Il nous a paru intéressant de grouper sous le nom de « métrorragies d'ordre réflexe ou congestif » l'ensemble de ces troubles, dont nous espérons pouvoir montrer la réelle unité pathogénique :

Contrairement aux métrorragies d'origine utérine (cancer, fibrome, avortement, métrite, rétention placentaire), qui sont en quelque sorte de cause mécanique, liées à des troubles de la circulation locale, à des altérations

de la muqueuse ou des vaisseaux de l'utérus, les métrorragies dont nous parlons sont d'ordre congestif ou réflexe, se produisant sur un utérus sain, sur une muqueuse non altérée. Evidemment les lésions vasculaires de l'utérus peuvent, si elles existent concurremment, rendre plus facile la manifestation de ces troubles congestifs ; mais l'important est qu'ils puissent se produire, sans lésion appréciable de la muqueuse utérine.

Leur mécanisme est le même que celui de la menstruation normale, dont ces métrorragies ne sont le plus souvent qu'une exagération et qu'une viciation fonctionnelle. Et pour mieux montrer encore ce qui, dans notre conception, constitue la différence essentielle entre les deux ordres d'hémorragies, nous appellerions volontiers les premières *métrorragies anatomiques*, parce qu'elles correspondent à des lésions anatomiques de l'utérus, et nous désignerions par opposition les autres sous le nom de *métrorragies physiologiques*, parce qu'elles résultent primitivement de troubles fonctionnels de l'utérus provoquées par quelque irritation d'ordre réflexe ou congestif, les altérations probables subies par les vaisseaux utérins ne constituant qu'une lésion secondaire. Elles sont liées si intimement au mécanisme physiologique de la menstruation, qu'il nous faudra pour les comprendre et les interpréter nous reporter à l'étude de ce phénomène biologique.

Dans cette étude synthétique, après avoir fait un court historique des notions successives qui ont eu cours au sujet des métrorrhagies de cet ordre, nous passerons en revue les diverses circonstances où l'on peut les voir appa-

raître. Nous étudierons le retentissement des affections, annexielles, kystes, salpingite, ovarites et périovarites ; nous rechercherons l'influence possible de causes réflexes plus éloignées ; nous étudierons les métrorrhagies de cause générale ; nous essayerons d'élucider l'étiologie des métrorrhagies virginales et infantiles comme celles de la ménopause. Et c'est seulement après ce travail d'analyse, où nous chercherons plutôt à mettre en lumière les caractères particuliers de ces métrorrhagies qu'à établir à leur sujet des statistiques toujours factices, que nous tenterons à l'aide des notions physiologiques sur la menstruation, d'interpréter leur mécanisme, de comprendre leurs allures cliniques, et d'indiquer les procédés thérapeutiques qui nous paraissent dériver logiquement de ces études théoriques, et que confirment chaque jour les résultats de l'expérience clinique.

HISTORIQUE

Sans remonter jusqu'aux ancêtres de la médecine et de la gynécologie, on peut dire que jusqu'au milieu du xix^e siècle, régnait la doctrine de la congestion utérine. On la considérait comme la source et la cause de toutes les maladies de la femme ; c'est elle qui conduisait à la suppuration et au cancer (Duparcque) (1).

C'était l'hypothèse adoptée par Récamier, quoique ce grand clinicien eût de la congestion utérine une notion beaucoup plus juste, la comparant aux poussées hémorroïdaires.

En 1857 Aran (2) trace de la congestion, utérine un tableau clinique magistral et que l'on consulte encore avec profit.

Mais nous assistons alors aux recherches de l'école anatomo-pathologique. On étudie les lésions de l'utérus ; la métrorragie devient de plus en plus la manifestation de troubles anatomiques de la matrice, et l'on perd peu à peu de vue les troubles purement fonctionnels de cet organe,

1. Duparcque. *Traité des maladies de la matrice*, Paris, 1839.

2. Aran. *Leçons sur les maladies de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1857.

en rapport avec des altérations des annexes ou des troubles de la santé générale.

Cependant il est juste de faire remarquer que quelques chirurgiens conservent encore la notion des métrorragies congestives ou réflexes.

Lawson-Tait parle d'hypérémie ovarienne et lui reconnaît comme cause chez la jeune fille l'abus des exercices de piano et même la séparation des sexes ! Il insiste sur les relations entre l'ovaire scléro-kystique et les métrorragies : « Ces petits ovaires kystiques donnent souvent lieu à une hémorragie extrêmement grave alors même qu'il n'y a pas de myome... le volume de l'ovaire n'est pas assez grand pour autoriser à leur donner le nom de tumeur de l'ovaire ; et il est probable qu'il n'y a rien là de plus que des hypertrophies folliculaires (1) ».

De même Barnes (2) (1876) oppose nettement aux hémorragies par lésion utérine, les métrorragies qui ne s'accompagnent d'aucune lésion de la muqueuse. Il en énumère les cause suivantes :

- 1° Les maladies du cœur, du poumon et du foie ;
- 2° Les menstruations exagérées survenant à l'époque de la puberté ou de la ménopause.
- 3° Les ménorragies régulières, habituelles et héréditaires chez une femme, et qui lui semblent liées à la congestion du foie ou à la constipation opiniâtre.
- 4° Les secousses physiques et morales.
- 5° Les métrorragies supplémentaires d'un flux sanguin supprimé.

1. Lawson-Tait. *Traité des maladies de l'ovaire*, p. 153.

2. Barnes, *Traité des Maladies des femmes* (1876).

6° La suspension soudaine des fonctions cutanées.

7° Les excitations de la mamelle ou des ovaires ; c'est dans cette classe qu'il fait rentrer les excès génésiques.

8° Les métrorragies climatiques ou séniles.

9° Enfin les maladies du sang, variole, scarlatine, fièvre typhoïde, ictère grave, leucémie, rachitisme, etc.

Rien n'est plus remarquable que cette énumération de causes, à laquelle il n'y a, à l'heure actuelle, pour ainsi dire rien à ajouter ni à changer.

Pour lui aussi toutes ces métrorragies se rattachent plus ou moins à la fonction menstruelle, comme le fait remarquer Boinet :

« Des travaux nombreux ont établi l'influence de l'ovulation sur les règles ; de là à constater l'influence de l'inflammation de l'ovaire sur la congestion et l'hémorragie utérine, il n'y avait qu'un pas (1). »

Dolérís (2) qui remet en honneur la congestion utérine, ne signale comme l'ayant précédé dans cette voie que Brennecke et Czempin.

Brennecke (3) avait en 1885 signalé l'influence des altérations ovariennes, opposant à l'*Endometritis hyperplastica uterina*, l'*Endometritis hyperplastica ovarialis* qu'il

1. Boinet. *Traité des Maladies des ovaires*. Paris, 1867, p. 45.

2. Dolérís. *Métrites et fausses métrites*.

Troubles physiologiques non inflammatoires de l'utérus. *Arch. d'obst. et de gynécologie*, 1893.

3. Brennecke. « Zur. Ätiologie der Endometritis fungosa ». *Arch. für Gynék.* Bd. XX, p. 45.

« Ein Betrag zur. Ätiologie der Endometritis fungosa ». *Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1885, p. 691.

considère comme une exagération de l'hypérémie menstruelle.

Czempin (1) qui fait en 1886 un travail d'ensemble sur la question déclare qu'avant lui elle n'a préoccupé personne.

Quant à Doléris (2), il se prononce nettement pour la nature congestive, sans lésions utérines, de certaines métrorragies : « Il ne s'agit manifestement pas ici de métrite ; non seulement l'étiologie le démontre, mais l'examen de la muqueuse quand il a été fait... »

A partir de cette époque l'origine congestive ou réflexe de certaines métrorragies reprend droit de cité dans la gynécologie classique, grâce aux travaux de Richelot, de A. Siredey, de Dalché, etc. Les traités classiques en font mention, ainsi que les traités spéciaux (3). M. Pozzi signale en particulier comme causes de ménorragie « les excitations réflexes ayant pour point de départ les organes génitaux (et, en particulier, les annexes) indépendamment de toute lésion appréciable et par simple trouble nerveux, comme au

1. Czempin. « Ueber die Beziehungen der Uterus schleimhaut und der Erkrankungen der Annexa » ; *Zeitschrift für Geburtshülfe und Geburtskunde*. Bd. XIV, p. 339.

2. Doléris. *Métrite et fausse métrite*, p. 515.

3. G. Richelot. Pseudo-métrites des arthritiques nerveuses. (*Bulletin médical*, 1899).

Chirurgie de l'utérus. Paris, 1902.

A. Siredey. La congestion utérine (*La Gynécologie*, 1900).

Segond. *Traité de chirurgie*, t. VIII.

Terrillon. *Salpingites*, p. 49.

Labadie-Lagrave et Legueu. *Traité de gynécologie*.

moment de la puberté, de la défloration, de la ménopause » (1).

Bouilly publie son remarquable article sur les métrorragies d'origine ovarienne, et après avoir passé en revue les différentes causes d'hémorrhagie, montre bien la nature de ces troubles et les difficultés de leur traitement. « Les hémostatiques internes, les injections chaudes, le tamponnement sont mis en œuvre sans aucun résultat ; le curetage reste impuissant, et du reste la curette ne gratte qu'une muqueuse utérine non hypertrophiée et ne ramène que des débris insignifiants. Plusieurs malades ont subi un ou plusieurs curettages, et chez toutes il a échoué ou n'a donné qu'une accalmie de quelques semaines, peut-être par modification de l'innervation vaso-motrice. C'est précisément cette résistance au traitement, cette persistance des hémorragies qui fait penser qu'il y a autre chose que la lésion utérine. Après le curetage, l'accalmie n'est que de courte durée, la malade ne reste guère plus de deux à trois semaines sans perdre, et à partir de la nouvelle époque tout est remis en cause et recommence comme auparavant (2). »

Delespine (3) publie en 1904 une thèse très documentée sur les métrorragies par lésions annexielles.

En même temps on voit paraître de nombreux travaux sur les métrorragies de la puberté ou de la ménopause (4).

1. S. Pozzi. *Traité de gynécologie*, p. 637.

2. Bouilly. « Métrorragies d'origine ovarienne ». *La gynécologie*, 15 avril, 15 juin 1900.

3. Delespine. Thèse, Paris, 1904.

4. A. Siredey. « Ménorragies essentielles des jeunes filles ». *Journ. des praticiens*, 1899.

Saisy (1), Viollet (2), attirent l'attention sur les métrorragies au cours des affections rénales.

Dalché montre leurs relations possibles avec les maladies de foie (3).

Landouzy et Mrs Marshall (4) les signalent, comme l'avait fait du reste Duroziez, dans le rétrécissement mitral. Huchard, Dalché en montrent le mécanisme dans les affections cardiaques.

On les rencontre au cours des maladies infectieuses, et non seulement des maladies hémorragiques classiques, mais encore à la suite de la fièvre typhoïde ou de la syphilis (5).

Enfin, à la suite de nombreuses observations de métror-

Lamy. Thèse, Nancy, 1896.

Bachelier. Thèse, Paris, 1898.

Castan. Thèse, Paris, 1897.

M^{lle} Guellen. *Métrorragie chez les jeunes filles*. Thèse, Paris, 1900.

Collinet. *Troubles de la ménopause*. Thèse, Paris, 1901.

Pichevin. « Métrorragies de la ménopause ». Soc. obst et gynec., 8 juillet 1897.

1. Saisy. Thèse, Paris, 1898.

2. Violet. *Lyon médical*, 11 sept. 1904.

3. Dalché. Soc. Méd. Hôp., 1897.

4. Landouzy. *Leçons cliniques de la Charité*.

5. Mrs. Marshall. Thèse, Paris.

5. Dalché. *Bulletin médical*, 30 juin 1906.

Gaz. Hôp., 15 juin 1905.

Ozenne. *Congrès de gynec. d'obstétr. et de pédiatrie*. Rouen, avril 1904.

Pichevin. *Congrès de gynec. d'obstétr. et de pédiatrie*. Rouen, avril 1904.

ragies congestives et réflexes, dues aux excès génésiques, aux changements de régime ou de climat, au surmenage local ou général, on voit s'établir peu à peu la notion qui semble pouvoir englober et résumer la plupart de ces troubles fonctionnels, la notion de l'*hyperovarie* (1).

1. Dalché. « Hyperovarie ». *Gaz. Hôp.*, 3 juillet 1906.

MÉTRORRHAGIES DANS LES KYSTES ET TUMEURS DE L'OVAIRE

Les métrorrhagies sont assez rares au cours des kystes et tumeurs de l'ovaire, pour que les traités classiques puissent présenter l'aménorrhée comme la règle générale dans leur évolution.

Cependant il est des cas où l'hémorragie se présente, et avec des caractères tels qu'elle s'impose forcément à l'attention.

I. — KYSTES DE L'OVAIRE

La statistique de Gallard (1) qui porte sur 160 cas, constate qu'il y a une fois sur huit environ, douleur ou augmentation des règles.

Terrier (2) constate les métrorrhagies 2 fois sur 25 cas. C'est surtout Bouilly qui apporte les observations concluan-tes dans son travail sur les métrorrhagies de cause ovarienne (1900). Il conclut à la rareté relative de ce symp-

1. Gallard. *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, 1886.

2. Terrier. *Revue de chirurgie*, 1884.

tôme ; il affirme que « les métrorragies en relation avec le kyste simple de l'ovaire peuvent être considérées comme un accident exceptionnel... » Mais il en fournit cependant 8 observations. Delespine en rapporte 12 observations que nous résumons brièvement, sur un total de 43 cas.

OBSERVATION I

(Delespine, obs. XXXII.)

Femme de trente-deux ans ; abdomen ayant grossi depuis quelques mois, prise il a trois mois d'une métrorragie abondante qui dure trois jours. Depuis, les règles sont plus abondantes et plus fréquentes qu'auparavant.

Kyste de l'ovaire gauche.

OBSERVATION II

(Delespine, obs. XXXIII.)

Femme de vingt-trois ans, souffre du ventre depuis un accouchement remontant à trois ans.

Hémorragie d'une durée de trois mois, survenue il y a un an et demi.

Depuis, règles beaucoup plus fréquentes et plus abondantes.

A l'opération, kyste de l'ovaire droit.

OBSERVATION III

(Delespine, obs. XXXIV.)

Femme de vingt-et-un ans.

Depuis six mois, règles toutes les trois semaines, douloureu-

ses, durant six jours ; elles ont augmenté de fréquence et d'abondance depuis trois mois, revenant maintenant tous les huit jours.

Double kyste de l'ovaire, dont un très volumineux.

OBSERVATION IV

(Delespine, obs. XXXV.)

Femme de quarante-quatre ans. Depuis un an et demi les règles durent dix et même quinze jours, sont plus abondantes, sans douleurs spéciales à ce moment.

Kyste de l'ovaire droit.

OBSERVATION V

(Delespine, obs. XXXIV.)

Femme de trente-deux ans, depuis sept mois règles beaucoup plus abondantes, puis depuis deux mois, moins abondantes.

Kyste multiloculaire de l'ovaire droit.

OBSERVATION VI

(Delespine, obs. XXXVII.)

Femme de trente-six ans, règles très augmentées depuis six mois.

Kyste de l'ovaire droit.

OBSERVATION VII

(Delespine, obs. XXXVIII.)

Quarante-huit ans. Un an après la ménopause voit ses règles

reparaître toutes les trois semaines sous forme d'une hémorragie abondante durant une huitaine de jours ; quelques douleurs, tumeur abdominale, etc.

Kyste de l'ovaire gauche.

Hydrosalpinx à droite.

OBSERVATION VIII

(Delespine, obs. XXXIX.)

Dix-neuf ans, règles plus longues et plus abondantes depuis six mois.

Kyste de l'ovaire droit.

OBSERVATION IX

(Delespine, obs. XXXX.)

Vingt-et-un ans, depuis l'âge de seize ans, métrorragies assez peu abondantes mais presque constantes.

Curettage sans succès il y a quatre mois.

Kyste de l'ovaire gauche.

Ovaire droit scléro-kystique.

OBSERVATION X

(Delespine, obs. XXXXI.)

Cinquante-six ans, ménopause depuis huit ans.

Depuis quatre mois réapparition d'une hémorragie mensuelle durant six jours.

Enorme tumeur polykystique de l'ovaire gauche.

OBSERVATION XI

(Delespine, obs. XXXXIII.)

Soixante-cinq ans, ménopause à quarante-trois ans. Il y a six mois, métrorragie durant six jours.

Depuis trois semaines souffrances vives.

Kyste tordu de l'ovaire gauche.

Dans le *Journal des sciences médicales* de Lille, Camelot a rapporté en 1904, deux cas de kyste de l'ovaire avec hémorragies, dont le diagnostic avait été très difficile, et dont l'un en particulier avait été pris pour un fibrome.

A ces observations nous pouvons en ajouter une tout particulièrement intéressante.

OBSERVATION XII

Ch... Rose, femme S..., trente-six ans, confectionneuse, entrée salle Malgaigne le 18 janvier.

On ne peut relever aucun antécédent pathologique.

Réglée à quinze ans, a toujours été bien réglée régulièrement, pertes durant quatre jours en moyenne.

Ni enfant ni fausse couche.

Depuis six mois la malade voit son ventre augmenter de volume, peu à peu; les règles restant toujours normales.

Le 1^{er} décembre elle a été prise de violentes coliques dans le bas-ventre, qui ont duré toute la nuit. En même temps est

apparue une perte rouge assez abondante qui a duré trois jours et a disparu complètement.

Les règles survinrent quinze jours après, à l'époque même où la femme les attendait, mais elles furent beaucoup plus abondantes, prenant le caractère d'une véritable métrorragie.

Les règles suivantes survenues quatre semaines après ont été à peu près normales, seulement un peu plus douloureuses et plus abondantes qu'à l'ordinaire.

Actuellement, le ventre est augmenté de volume, pointe en avant, tumeur du volume d'une grossesse de six mois, mate, les flancs sonores, facile à isoler par le palper bimanuel.

Au toucher le col est remonté, la tumeur bombe légèrement dans le cul-de-sac antérieur.

Laparotomie le 30 janvier. Kyste à contenu noirâtre, adhérent à la face postérieure de l'utérus et au ligament large.

Un autre kyste du côté opposé, est multiloculaire, petit, avec une petite plaque hémorragique.

Comme on le voit, les métrorragies survenant au cours du kyste de l'ovaire peuvent affecter des types variables, tantôt simples ménorragies, tantôt métrorragies vraies survenant d'une façon irrégulière, tantôt enfin caractérisées par un retour apparent de l'écoulement menstruel, plusieurs années même après l'époque de la ménopause.

II. — KYSTES DERMOÏDES

On ne trouve dans la littérature médicale aucun autre renseignement sur les métrorragies dans les kystes dermoïdes, que les observations rapportées par Delespine.

OBSERVATION XIII

(Delespine, obs. 45.)

Trente-et-un ans, depuis deux ans les règles sont plus fréquentes, elles avancent chaque fois de quelques jours ; la perte est chaque fois plus considérable.

Kyste dermoïde de l'ovaire droit.

OBSERVATION XIV

(Delespine, obs. 46.)

Trente-deux ans. Depuis six mois les règles reviennent toutes les trois semaines, beaucoup plus abondantes avec douleurs vives.

Kyste dermoïde de l'ovaire droit.

OBSERVATION XV

(Delespine, obs. 48.)

Quarante-sept ans. Règles plus abondantes et plus longues depuis six mois.

Kyste dermoïde double.

A côté des *kystes de l'ovaire*, il faut étudier les *kystes para-ovariens*. La plupart des auteurs signalent l'irrégularité et la douleur des fonctions menstruelles (Castenada, Winkel, Raimondi 1897, Le Dentu). Cependant M. Pozzi affirme que « la ménorragie n'est pas rare dans le cas de kyste inclus au voisinage immédiat de l'utérus. »

III. — TUMEURS DE L'OVAIRE

La thèse de Tchakmakoff (Lyon, 1903) rapporte sur trente six observations de *fibrome* de l'ovaire, huit cas de métrorragie.

Delespine en rapporte deux cas ; une des malades accusait des métrorragies très nettes depuis trois ans ; l'autre, un an après la ménopause avait vu réapparaître un écoulement sanguin qui avait duré un jour et ne s'était pas reproduit.

Dans *le cancer solide* de l'ovaire, les hémorragies semblent beaucoup plus rares que dans le kyste. Une seule observation parmi les cinq que rapporte Delespine nous a paru concluante, c'est celle d'une femme de quarante-neuf ans, dont les règles sont depuis six mois devenues de plus en plus abondantes, au point qu'un médecin a porté le diagnostic de fibrome utérin. L'opération montre un cancer des deux ovaires.

Le sarcome présente un intérêt plus grand ; d'abord parce qu'il survient d'ordinaire dans la période de la vie génitale de la femme et souvent même d'une façon précoce. Niées par Dubois (1898), les métrorragies sont affirmées dans le sarcome par Gascheau et Tchakmakoff.

Delespine en reproduit trois observations :

OBSERVATION XVI

(Delespine, obs. 60.)

Une femme de vingt-sept ans, prise il y a un an d'une hémorragie subite apparue à la fin des règles, et qui depuis

ce temps a présenté une métrorragie continue. L'opération montre un sarcome végétant de l'ovaire droit.

OBSERVATION XVII

(Delespine, Obs. 62.)

Une femme de trente-cinq ans, atteinte d'un sarcome de l'ovaire droit et présentant des hémorragies continuelles depuis quatre mois.

OBSERVATION XVIII

(Delespine, Obs. 63.)

Une femme de soixante-quatre ans, ménopause depuis dix ans, présente depuis trois semaines une métrorragie abondante
Sarcome de l'ovaire droit.

Lawson-Tait rapporte également un cas de métrorragie incoercible ayant amené la mort chez une jeune femme de vingt-et-un ans, et due à la présence d'un myxo-sarcome de l'ovaire.

Ici encore nous voyons comme au cours du kyste de l'ovaire, la tumeur ovarienne déterminer soit une métrorragie au cours de la vie génitale, soit un retour de règles après la ménopause.

Riedel (1) cite de plus plusieurs cas de menstruation précoce en rapport avec la présence d'un néoplasme de l'ovaire et particulièrement d'un sarcome. Il rapporte en particulier l'observation d'une fillette de six ans, « plus

1. Riedel. *Wien. Clin. medic. Wochenschrift*, 1^{er} septembre 1904.

développée que son âge », qui présentait des menstruations traduisant la présence d'un sarcome de l'ovaire.

Si maintenant nous envisageons l'ensemble de ces tumeurs ovariennes, nous pouvons conclure que la métrorragie est d'observation fréquente au cours de leur évolution. Nous en avons fourni quelques observations et nous aurions pu en fournir un nombre beaucoup plus considérable. Mais notre intention n'était pas de faire une revue générale des tumeurs ovariennes, mais bien de démontrer par quelques cas choisis et sans contestation possible, l'existence plus ou moins fréquentes de métrorragies.

C'est au cours du sarcome et du kyste de l'ovaire qu'elles se manifestent le plus souvent ; quelquefois elles prennent les allures d'une métrorragie subite, à apparition soudaine, et sans rapport évident avec les règles. Beaucoup plus souvent pour ne pas dire presque toujours, elles apparaissent comme une modification des phénomènes menstruels.

Règles précoces chez les fillettes atteintes de sarcome ovarien ou d'autre néoplasme.

Règles exagérées, de fréquence, de durée, et d'abondance progressivement croissantes chez les femmes en pleine vie génitale.

Règles reparues chez les femmes ayant traversé la ménopause ; et ceci semble tout particulièrement fréquent dans le kyste de l'ovaire ainsi que le faisait déjà remarquer le professeur Terrier : « Chose remarquable, dit-il, ces métrorragies n'appartiennent pas à la période d'activité génitale de la femme... Le phénomène le plus curieux est le retour des métrorragies chez des personnes ménopausées depuis longtemps. »

METRORRAGIES

DANS LES INFLAMMATIONS DES ANNEXES

Nous envisagerons surtout dans ce chapitre les métrorragies liées aux annexites banales et à la tuberculose génitale. Nous ajouterons quelques réflexions et observations sur l'ovarite scléro-kystique dont la nature infectieuse semble probable tout au moins dans certains cas et qui est susceptible de déterminer elle aussi des métrorragies réflexes.

I. — SALPINGO-OVARITES

Les salpingo-ovarites doivent tenir une place prépondérante parmi les causes de métrorragie réflexe. « La menstruation, dit Segond, est presque toujours troublée, l'aménorrhée est rare ; en revanche les pertes de sang revêtent un caractère de fréquence et d'abondance tout particulier. Les règles reviennent tous les quinze ou vingt jours et durent parfois huit jours... »

C'est surtout à la période aiguë ou subaiguë, déclarent Labadie-Lagrave et Legueu, que « la salpingo-ovarite s'accompagne souvent de métrorragie, dans les deux tiers des cas environ ».

Nous pourrions rapporter ici d'innombrables observa-

tions ; nous nous contenterons d'en reproduire quelques-unes absolument caractéristiques et susceptibles de bien mettre en lumière les caractères généraux de ces métrorragies.

La principale difficulté de cette étude consiste dans ce fait, que les salpingites et salpingo-ovarites, toujours précédées de métrite, s'accompagnent par conséquent de symptômes d'infection et de congestion utérine ; il devient difficile de faire la part de ce qui revient à l'utérus et de ce qui est dû à la lésion annexielle. De même après l'opération, les lésions de la muqueuse utérine permettent rarement d'affirmer que l'ovaire soit la cause des troubles vasculaires observés au cours de l'affection.

Cependant il nous a semblé possible de réunir quelques cas probants de métrorragie annexielle. En tous cas, quelque part que l'on fasse à l'endométrite pour la production des hémorragies, il reste certain que celles-ci sont fortement influencées par les lésions des annexes.

Il est d'abord un fait clinique certain, c'est qu'un certain nombre de femmes atteintes de salpingite simple ou bilatérale présentent parmi les symptômes fréquents de leur affection des métrorragies survenant au moment de la période menstruelle, dont elles augmentent la durée, l'abondance et même la fréquence.

Certaines femmes arrivent à perdre tous les quinze jours, quelquefois pendant sept et huit jours, et ces véritables *pertes de quinzaine* provoquent quelquefois des anémies graves qui, à elles seules, nécessitent parfois l'opération.

Un autre argument, et que fait valoir Delespine, est

l'inutilité du curettage, qui n'amène aucune amélioration, ou ne provoque qu'une amélioration passagère de quelques semaines.

Parmi les observations que rapporte Delespine de salpingo-ovarite parenchymateuse non kystique, nous relevons les suivantes comme tout particulièrement démonstratives.

OBSERVATION XIX

(Delespine, obs. 98).

Quarante-deux ans. Epreuve depuis huit mois des douleurs vives dans le bas-ventre s'irradiant vers les membres inférieurs.

Les règles ont pris une abondance inaccoutumée, elles durent neuf à dix jours.

Curettage il y a six mois. Insuccès.

Salpingo-ovarite droite avec petit kyste de l'ovaire.

OBSERVATION XX

(Delespine, obs. 104.)

Vingt-trois ans. Douleurs et pertes blanches depuis plus de deux ans. Les règles ont pris une intensité considérable.

Il y a un an, curettage. Guérison apparente pendant quatre mois.

Puis les hémorragies reparaissent de plus en plus abondantes et toujours en avance.

Double salpingo-ovarite avec adhérences.

OBSERVATION XXI

(Delespine, obs. 105.)

Femme de vingt-huit ans, Souffre depuis un an ; les règles ont augmenté de fréquence et d'intensité. Elles ne durent pas moins de 8 jours et reviennent deux fois par mois.

Salpingo-ovarite double.

OBSERVATION XXII

(Delespine, obs. 110.)

Réglée à vingt-et-un an. Douleurs depuis sept mois. Les règles sont devenues extrêmement abondantes, elles ne cessent guère que huit jours par mois, elles n'occasionnent pas de douleurs.

Double salpingo-ovarite.

Si nous passons des salpingites interstitielles aux salpingites kystiques observées par Delespine, nous trouvons les métrorrhagies encore plus nombreuses. De 56 0/0 dans le cas de salpingites interstitielles suivant la statistique de cet auteur, elles passent à 68 0/0 dans le cas de salpingo-ovarites kystiques.

OBSERVATION XXIII

(Delespine, obs. 123).

Trente-huit ans ? Perte de trois mois il y a cinq ans.

Depuis lors douleurs abdominales, curettage inutile il y a

deux ans, règles douloureuses, abondantes, sans caillots, prolongées.

Hydrosalpinx double.

OBSERVATION XXIV

(Delespine, obs. 124.)

Vingt-deux ans. Blennorrhagie il y a un an ; douleurs dans le bas-ventre et les reins, exaspérées par la fatigue.

Depuis un mois, perte sanguine à peu près constante ; l'écoulement est assez abondant.

Hydrosalpinx droit.

OBSERVATION XXV

(Delespine, obs. 125.)

Vingt-sept ans. Douleurs depuis deux ans.

Il y a deux ans, quelques jours après la fin d'une période cataméniale, hémorragie abondante, durant dix jours. Cet accident ne s'est jamais renouvelé.

Double hydrosalpinx avec adhérences.

OBSERVATION XXVI

(Delespine, obs. 137).

Trente-et-un ans. Douleurs et métrorragie depuis trois ans. Curettage, les métrorragies disparaissent.

Il y a six mois, les douleurs reprennent en même temps que les métrorragies. Elle perd du sang quotidiennement en quantité variable et ne peut plus reconnaître les époques menstruelles.

Double hémato-salpinx.

OBSERVATION XXVII

(Delespine, obs. 152.)

Trente-quatre ans, à la suite d'une perte de deux mois et demie suivie d'accidents fébriles ? sont apparues des métrorragies abondantes ; elles reviennent tous les quinze jours et durent parfois une dizaine de jours.

Utérus sain, pyosalpinx double.

OBSERVATION XXVIII

(Delespine, obs. 155.)

Vingt-six ans, a subi il y a trois ans un curetage pour métrorragies, malgré cela les règles reviennent toutes les deux ou trois semaines, très abondantes, douloureuses.

Double pyosalpinx.

OBSERVATION XXIX

(Delespine, obs. 157.)

Trente-neuf ans, douleurs depuis plusieurs mois.

A présenté le mois dernier, sans cause apparente, une hémorragie assez sérieuse qui a duré une quinzaine de jours.

Pyosalpinx droit.

OBSERVATION XXX

(Delespine, obs. 162.)

Vingt-neuf ans, depuis deux ans règles douloureuses, perd

constamment en rouge depuis deux mois, augmentation des douleurs.

Double pyosalpinx.

OBSERVATION XXXI

(Delespine, obs. 163.)

Vingt-huit ans, souffre depuis deux ans, depuis six semaines douleurs plus violentes ; métrorragies si intenses qu'elles l'obligent à garder le lit.

Double pyosalpinx.

OBSERVATION XXXII

(Delespine, obs. 164.)

Quarante-sept ans. Souffre depuis deux ans et demi, règles irrégulières ; dans leur intervalle, métrorragies avec caillots depuis dix-huit mois.

Double pyosalpinx.

A ces observations empruntées à la littérature médicale et dont nous aurions pu indéfiniment multiplier le nombre, nous ajouterons quelques observations prises à l'hôpital Beaujon, qui nous paraissent compléter la séméiologie.

OBSERVATION XXXIII

Marthe F..., vingt-huit ans, vue le 12 décembre 1907, se plaignait alors de douleurs et de pertes de sang. On trouve depuis deux ans au moins les traces d'infection blennorragique avec pertes blanches, cuisson à la miction, etc...

A ce moment l'examen montre un utérus un peu gros mais

mobile ; dans le cul-de-sac droit bombent de petites masses irrégulières, très haut dans le cul-de-sac gauche on sent une petite masse irrégulière et douloureuse.

On lui conseille le repos et des injections ; les pertes ne cessent pas mais augmentent plutôt ainsi que les douleurs, ce sont des hémorragies presque continuelles qui ne s'arrêtent que trois ou quatre jours entre les règles et sous l'influence du repos au lit. Entre à l'hôpital Beaujon le 3 janvier 1908. Salle Huguier, n° 13.

Salpingite double.

OBSERVATION XXXIV

Elise R..., malade, vient à l'hôpital Beaujon parce qu'elle a des hémorragies depuis six mois ; elle était auparavant bien réglée. Depuis dix ans souffre dans le ventre, à la suite d'une fièvre typhoïde (p)

Les métrorragies ont débuté il y a six mois, elle perd presque continuellement, sauf quelques jours dans l'intervalle des règles. Il existe en même temps quelques pertes blanches. De temps à autre elle a constaté des caillots, elle semble souffrir davantage au moment de l'expulsion de ces caillots.

L'utérus très légèrement augmenté de volume est en rétroversion ; une masse lui est accolée sur sa face postéro-externe droite ; elle est élastique, régulière, un peu douloureuse, du volume d'une grosse mandarine. Rien à gauche.

Salpingite kystique droite.

OBSERVATION XXXV

V..., Jeanne, trente-deux ans, entre le 11 janvier, salle Huguier, pour des douleurs abdominales et des pertes rouges.

Souffre depuis trois ans environ, à la suite d'une fausse couche de quatre mois, qui a été suivie de rétention placentaire et a nécessité un curetage.

Depuis ce temps douleurs, pertes blanches fétides.

Depuis dix-huit mois environ, elle a remarqué que ses règles augmentaient de fréquence et d'abondance, surtout dans les périodes de fatigue et de surmenage.

Les règles sont toujours assez douloureuses, surtout au début ; elles sont généralement assez abondantes et durent de sept à huit jours ; elles reviennent toutes les trois semaines environ. Mais il suffit que la malade se soit un peu fatiguée, pour qu'elle éprouve des douleurs plus vives, du côté droit, pour que les règles arrivent avec plusieurs jours d'avance et qu'elles prennent l'abondance de véritables métrorragies.

Les rapports sexuels sont très douloureux et pénibles ; assez souvent il sont suivis de l'apparition prématurée des règles.

Au toucher, utérus un peu gros, légère rétroflexion, cul-de-sac droit empâté, bridé et douloureux.

Salpingite kystique droite, avec de nombreuses adhérences.

OBSERVATION XXXVI

R..., Jeanne, vingt et un ans, venue à la consultation le 6 février 1908.

Elle souffre dans le ventre du côté gauche depuis six mois, a des pertes blanches ; douleurs beaucoup plus vives au moment des règles au point qu'elle est obligée de se coucher pendant trois ou quatre jours.

Les règles ne sont pas beaucoup plus abondantes qu'aupara-

vant, mais reviennent tous les quinze jours et quelquefois plus souvent.

Elles durent trois à quatre jours.

Cul-de-sac gauche tendu et douloureux.

Salpingite gauche kystique. volume d'une mandarine.

OBSERVATION XXXVII

Marie Louise R..., couturière, trente ans, entre à l'hôpital Beaujon, salle Huguier le 2 janvier 1904 pour douleurs abdominales et métrorragies.

Règlée à seize ans, règles régulières et normales.

Au mois d'octobre 1906 fausse couche de deux mois et demi, pour laquelle elle entre à l'hôpital. Après sa sortie, éprouve de légères douleurs, dans la fosse iliaque gauche.

Les règles augmentent progressivement d'abondance, sont chaque fois plus douloureuse nécessitant le repos au lit. Au mois d'août dernier commence à perdre continuellement ; elle perd pendant tout le mois d'août et celui de septembre. Elle entre alors à l'hôpital où sous l'influence du repos les hémorragies disparaissent peu à peu.

Elle peut se reposer jusqu'en décembre et va assez bien ; mais à ce moment elle est forcée de reprendre son travail ; les douleurs et les pertes reparaissent, elle entre de nouveau à l'hôpital.

Utérus sain, normal, mobile, le col paraît congestionné
Salpingite volumineuse à gauche.

Ces quelques observations nous paraissent résumer

les différentes modalités d'hémorragies au cours des salpingos-ovarites.

Nous avons en passant fait remarquer la fréquence de ces troubles menstruels ; il semble bien, comme le fait remarquer Delespine, qu'ils soient plus constants au cours des salpingites kystiques et surtout des pyosalpinx que au cours des annexités non kystiques avec sclérose parenchymateuse. Ils semblent plus rares dans les hydrosalpinx. Ces notions confirment en somme la remarque de Labadie-Lagrave et Legueu, sur la fréquence relativement plus grande des métrorragies au cours des salpingites aiguës et subaiguës. On sait en effet que les salpingites interstitielles et scléreuses et les hydrosalpinx correspondant à des formes chroniques, à des infections de virulence moindre et d'évolution plus bénigne.

Quant aux caractères même de la métrorragie nous venons de voir qu'ils sont assez variables. On peut, avec les classiques, distinguer deux types : le *type métrorragique* et le *type ménorragique*.

Dans le *type métrorragique*, la perte de sang survient, soudain sans corrélation apparente avec les périodes menstruelles, entre les règles ou au moment de leur terminaison. Assez souvent, il s'agit alors de pertes isolées ; ce sont des accidents passagers et intermittents. Si ces *métrorragies se répètent*, on les voit quelquefois se surajouter aux règles qui sont elles-mêmes le plus souvent modifiées et augmentées ; mais il n'existe là aucune régularité ; une perte est survenue entre les règles, une autre surviendra trois mois, quatre mois après ; et assez souvent il sera possible d'en retrouver la cause occasionnelle dans une

période de fatigue, dans un surmenage quelconque survenu adicidentellement. D'autres fois cette métrorragie soudaine sera le point de départ d'une perte continuelle, durant plus ou moins longtemps, susceptible d'amener une anémie profonde et de forcer la main au chirurgien... Mais le plus souvent dans cette perte continue, on peut distinguer des paroxysmes qui correspondent au moment des règles ; si la femme se repose, on voit apparaître quelques jours d'interruption séparant deux époques menstruelles, et ainsi se montrent les rapports de ce type métrorragique lui-même avec le type ménorragique que nous allons étudier maintenant.

Le *type ménorragique* nous a paru plus constant. Il consiste essentiellement dans une exagération des phénomènes menstruels ; les règles se rapprochent souvent, pouvant survenir tous les quinze jours et constituer de vraies pertes de quinzaine ; elles augmentent de durée, atteignant huit et dix jours ; elles déterminent un écoulement plus considérable. Dans quelques cas, c'est à peine s'il reste par mois quelques jours sans hémorragie. A cette limite le type ménorragique et le type métrorragique se confondent, aboutissant en somme l'un à l'autre.

Quant aux douleurs, elles sont assez variables. On connaît leur fréquence dans les salpingites ; cependant elles n'accompagnent pas fatalement les métrorragies annexielles ; nous avons vu qu'elles pouvaient être indolentes.

Il est rare que ces hémorrhagies s'accompagnent de caillots, habituellement il s'agit de sang fluide, foncé, mais non coagulé.

Nous avons à dessein, dans tout cet exposé, passé à peu près sous silence l'hémato-salpinx. C'est que dans ce cas il s'agit, ainsi que l'ont démontré de nombreux travaux et en particulier la thèse de Camelot (Paris 1895, de grossesses tubaires. Il existe, il est vrai, des hémorrhagies, et même des hémorrhagies abondantes, profuses, continues, qui constituent le *type métrorragique*, décrit par Camelot ; il existe également, il est vrai, une lésion tubaire que l'on peut considérer comme le point de départ réflexe de l'hémorragie ; mais d'autre part, la présence dans l'utérus d'une muqueuse modifiée en caduque, l'existence d'un foyer hémorragique tubaire qui peut être l'origine de l'écoulement sanguin noirâtre et fétide que l'on voit sourdre de l'utérus, toutes ces considérations nous ont empêché de le prendre comme exemple de métrorragie réflexe.

Il en est de même de l'hématocèle rétro-utérine. On sait que la rupture d'une grossesse tubaire se manifeste souvent par une métrorragie à sang noir, visqueux, quelquefois fétide, et par l'expulsion de la caduque utérine. Ce sont là évidemment des phénomènes réflexes, à point de départ tubaire ; mais d'autre part il existe dans l'utérus des modifications de structure qui nous interdisent de ranger parmi les hémorrhagies purement réflexes, les métrorragies de la grossesse tubaire.

II. — TUBERCULOSE ANNEXIELLE.

Tandis que la métrorragie est un symptôme banal au cours des annexites ordinaires, elle paraît être un signe beaucoup plus rare de la tuberculose des annexes.

Nous n'en avons trouvé que très peu d'observations dans la littérature médicale, tandis qu'elles abondent pour les salpingites. Au contraire la diminution des règles ou leur suppression même paraît de beaucoup plus fréquente, au point que Chéron considère l'aménorrhée comme tout à fait spéciale à la salpingo-ovarite tuberculeuse.

Nous résumons seulement les quelques observations suivantes.

OBSERVATION XXXVII

(*Spaeth. — Ueber die Tuberk. d. Weibl. Genitalien. Inaug. Diss. Strassburg 1885.*)

Femme, trente-cinq ans. Deux accouchements normaux, deux fausses couches. — Il y a huit mois, prise tout à coup de fortes métrorragies qui deviennent bientôt des hémorragies continues.

Il y a six mois, curettage et colporrhaphie.

Quelques jours après, l'abdomen commence à se tuméfier, douleurs, fièvre, diarrhée, etc., ascite, tuberculose diffuse du péritoine, abcès froid des deux ovaires, recouverts de granulations.

OBSERVATION XXXVIII

(*Kotschau. — Arch. f. gyn. Bd. 31-1887.*)

X., quarante-cinq ans. — Règles irrégulières depuis longtemps, et douloureuses, disparues depuis un an. Depuis quelques mois, constipation opiniâtre, métrorragies profuses.

Salpingite tuberculeuse droite.

OBSERVATION XXXIX

(*Ombredanne et Giron*, Thèse Leuret, Paris 1903).

Vingt-huit ans, deux accouchements dont le dernier il y a quatre ans.

Il y a deux ans, métrorragies abondantes sans cause apparente ayant duré huit jours. Les règles reprennent ensuite régulièrement.

Depuis près d'un an, pertes abondantes, deux et trois fois par mois.

Voici une observation qu'on peut ajouter à ces quelques cas.

OBSERVATION XL

Salpingite droite tuberculeuse, kystique.

Elisa V..., vingt-quatre ans, entre à l'hôpital Beaujon le 28 janvier 1908, salle Vulpian, pour ascite tuberculeuse. Le ventre est considérablement augmenté de volume, avec matité dans les flancs et dans l'hypogastre, fluctuation et sensation de flot. Le paroi abdominale est assez résistante, le ventre pointé en avant ; pas de hernie ombilicale.

Le liquide est assez mobile et se déplace suivant les changements de position de la malade.

Pas de douleur à la pression ni à la décompression.

Cette ascite s'est développée depuis deux mois environ.

La malade est pâle, très anémique, présente des lésions d'infiltration tuberculeuse manifeste du sommet droit. Elle a maigri depuis deux ou trois mois.

Le diagnostic d'ascite tuberculeuse s'impose évidemment.

Interrogée sur son histoire et ses antécédents, la malade fait les déclarations suivantes :

Aucun antécédent héréditaire ou personnel en faveur de la bacillose, si ce n'est un peu d'anémie depuis l'âge de dix-huit ans.

Réglée à quatorze ans, toujours régulièrement ; pas très abondamment depuis un an ou deux.

Mariée depuis trois ans ; son mariage n'apporte aucune modification à l'état de ses règles ; aucun retard.

Il y a trois mois, à la fin d'une période menstruelle, a été prise d'une métrorragie assez abondante, à laquelle elle n'a d'abord pas fait attention, croyant à une abondance anormale de ses règles.

Au bout de huit jours, perdant toujours, elle s'est couchée ; a continué à perdre abondamment pendant trois semaines. Elle présentait quelques douleurs dans le bas-ventre du côté gauche.

Un médecin consulté aurait constaté de la salpingite du côté gauche.

La métrorragie a duré un peu plus de trois semaines et n'a jamais reparu. Mais quinze jours après environ le ventre a commencé à augmenter de volume.

A l'examen, on trouve un utérus un peu abaissé, mobile, non douloureux ; plutôt petit.

Le cul-de-sac droit est souple et indolore.

Le cul-de-sac gauche est tendu et un peu douloureux, on sent nettement un empâtement diffus, présentant plusieurs nodosités, douloureux.

A la partie antérieure du cul-de-sac gauche, on sent très nettement un cordon allongé, douloureux, de consistance moni-

liforme et irrégulière, qui ne peut être que la trompe tuberculeuse.

Ajoutons que la malade n'a jamais perdu en blanc et n'a présenté aucun signe de métrite antérieure.

On la passe en chirurgie salle Huguier, où le même diagnostic de salpingite tuberculeuse est affirmé.

Nous ne possédons pas évidemment pas ici un nombre suffisant d'observations pour établir le caractère habituel des ces métrorragies. Mais ce qui nous importe et ce qu'il faut savoir, c'est que si la tuberculose génitale semble se manifester plus souvent par de l'ammorrhée absolue ou relative, cependant elle peut s'accompagner d'hémorragies soit à type ménorragique plus ou moins franc, soit sous forme de métrorragies profuses, tout à fait comparables en somme aux hémoptysies congestives et de voisinage, au cours de la tuberculose pulmonaire.

III. — OVAIRE SCLÉRO-KYSTIQUE

Ici les observations deviennent fréquentes, car l'ovaire scléro-kystique semble être l'une des principales causes des métrorragies réflexes.

Peu nous importe la pathogénie de cette lésion annexielle. Qu'il s'agisse d'une infection atténuée de cause ascendante et résultant d'une métrite légère passée inaperçue ; qu'il s'agisse du reliquat laissé sur les ovaires par une infection générale telle que la fièvre typhoïde, le rhumatisme et surtout les oreillons, ou même, comme on l'a dernièrement prétendu, la syphilis (1) ; qu'il s'agisse

1. Ozenne. Nouveau cas de métrorragie syphilitique. Dégé-

d'une sclérose primitive des ovaires, facilitée par l'état *neuro-arthritique* du sujet, provoquée par les congestions pelviennes et toutes les causes qu'on en a données (fatigue, excitations sexuelles (Martin) abus du piano (Lawson-Tait) — chlorose (Dalché) ; ce qui nous importe c'est de constater que ces ovarites scléreuses s'accompagnent très souvent de métrorragies. Lawson-Tait le faisait déjà remarquer : « Ces petits ovaires kystiques, écrit-il, donnent souvent lieu à une hémorragie extrêmement grave, même alors qu'il n'y a pas de myome..., le volume de l'ovaire n'est pas assez grand pour nous autoriser à leur donner le nom de tumeur de l'ovaire ; et il est probable qu'il n'y a rien là de plus que des hypertrophies folliculaires » (1).

Nous emprunterons encore à la thèse de Delespine les quelques observations qui nous paraissent nécessaires pour montrer les principales modalités de l'hémorragie.

OBSERVATION XLI

(Delespine, obs. 175.)

Vingt-six ans, souffre depuis un deuxième accouchement survenu il y a deux ans et suivi de quelques accidents péritonéaux.

Les règles surviennent régulièrement, mais sont très abondantes, durent six à sept jours, et s'accompagnent de douleurs vives à droite.

nérescence scléro-kystique des ovaires ; origine syphilitique probable de cette dégénérescence. (*Semaine gynécologique*, 27 octobre 1903.)

1. Lawson-Tait. *Traité des maladies des ovaires*, p. 153.

OBSERVATION XLII

(Delespine, obs. 177)

Trente-quatre ans, souffre depuis sept ans, règles très douloureuses, reviennent toutes les trois semaines, durent cinq à six jours, assez abondantes.

Ovaires scléro-kystiques.

OBSERVATION XLIII

Dans l'observation 179, les règles reviennent tous les quinze jours et durant huit jours, douloureuses, abondantes, sans caillots.

Observation 180, les règles reviennent tous les quinze jours et durent douze ou treize jours.

OBSERVATION XLIV

(Delespine, obs. 185.)

Trente-trois ans, souffre depuis quatre mois, les règles reviennent régulièrement très abondantes, dans l'intervalle la malade présente souvent des pertes rouges assez copieuses.

Ovaire gauche scléro-kystique.

OBSERVATION XLV

(Delespine, obs. 186)

Vingt-quatre ans, souffre depuis deux ans.

Il y a trois mois perte rouge pendant cinq semaines. Aucun trouble des règles ni avant ni après.

Ovaire gauche scléro-kystique.

OBSERVATION XLVI

(Delespine, obs. 186)

Vingt ans et demi. Un enfant il y a dix mois. Grossesse et suites normales. Souffre du ventre depuis cinq mois, d'une façon intermittente.

Depuis ce temps également, présente une hémorrhagie continue, pas très abondante, se calmant légèrement par le repos.

Double ovarite scléro-kystique.

OBSERVATION XLVII

(Delespine, obs. 189)

Vingt-quatre ans. Présente depuis trois mois des pertes rouges, abondantes, continues avec caillots. N'a jamais eu de retard des règles.

Ne souffre pas, et ne présente aucun symptôme pathologique en dehors de cette hémorrhagie.

Annexes douloureuses et adhérentes dans le cul-de-sac droit.

Deux ovaires scléro-kystiques.

Nous pouvons facilement à l'aide de ces observations reconstituer la physionomie générale des métrorragies dans l'ovarite scléro-kystique.

La *ménorrhagie* est de beaucoup la plus fréquente ; et le plus souvent c'est une ménorrhagie douloureuse. Les pertes augmentent de fréquence, d'abondance et de durée. Elles deviennent douloureuses au point que la femme est souvent obligée de s'aliter pendant quelques jours au moment de ses époques, ce repos au lit constituant du reste le meilleur traitement de son hémorrhagie.

La durée de ces accidents est fort longue ; nous nous souvenons d'avoir vu des femmes, en particulier même des jeunes filles, chez qui se répétaient ces ménorrhagies douloureuses, en dépit de séjours au lit prolongés pendant des mois, au point même d'entraîner des anémies graves.

Mais on peut là encore rencontrer le type métrorrhagique — soit l'hémorrhagie isolée et susceptible d'être rattachée à quelque surmenage ou congestion voisine ; soit plus souvent l'hémorrhagie continuelle, avec peu ou pas de rémission. Cependant c'est la ménorrhagie douloureuse qui nous a paru de beaucoup le symptôme dominant de l'ovaire scléro-kystique.

MÉTRORRAGIES CONGESTIVES MÉTRORRAGIES DE LA PUBERTE DE LA MÉNOPAUSE

Nous abordons ici des problèmes plus obscurs, et nous avons l'intention de grouper sous ce titre toute une série de faits, d'apparence quelque peu disparate, mais qui nous semblent ressortir pour la plupart à une même cause, la congestion utérine d'origine ovarienne.

Au cours de la vie génitale, il n'est pas rare d'observer chez une femme des métrorragies accidentelles et passagères, qui ne peuvent rentrer dans aucun des groupes précédents, et qui surviennent à l'occasion des circonstances les plus variables.

« Au premier rang, dit A. Siredey (1), se placent les excitations génitales excessives : aussi les pertes de sang s'observent-elles souvent chez les jeunes mariées. » Et il ne s'agit pas de cette métrite spéciale aux jeunes mariées, et qu'a bien décrite le même auteur, provoquée par un surmenage inusité, la fatigue, et surtout le manque de soins hygiéniques : il s'agit de troubles purement congestifs où les excitations génitales nouvelles, aussi bien quel-

1. A. Siredey. La congestion utérine. *Bulletin médical*, 26 avril 1902.

quefois excessives, le voyage de noces, l'émotion, entrent comme facteurs, d'importance variable.

Cet état congestif se traduira de bien des façons : par l'apparition inopinée des règles pendant les premiers jours du mariage, ou bien d'un écoulement continu, légèrement sanguinolent, et même par de véritables métrorragies, par des règles survenant avec des interruptions brusques et des retours inattendus, par des pertes intermenstruelles plus ou moins irrégulières.

De même chez les jeunes filles est-il quelquefois possible de rattacher des métrorragies dites « essentielles » à quelque excitation génitale ; c'est très probablement, à notre avis, l'origine fréquente des hémorragies hystériques.

Mais nulle part l'influence des excitations génitales ne se manifeste plus clairement que chez les prostituées jeunes où l'on voit assez souvent, comme le faisait déjà remarquer Lawson-Tait, survenir au début, des hémorragies abondantes, la période intermenstruelle devenant très courte.

Après cette phase d'exagération menstruelle, survient d'ordinaire la diminution, parfois même la disparition des règles en même temps que l'atrophie scléreuse des ovaires.

Les excitations génitales ne sont pas seules capables de provoquer des métrorragies : il serait banal d'insister sur l'influence manifeste de toute fatigue ou surmenage ; une course à cheval prolongée, l'abus de la bicyclette, les trépidations d'un véhicule peuvent provoquer le même résultat. On sait que Lawson-Tait reconnaissait même comme cause de congestion ovarienne l'abus du piano et de la musique sentimentale, et même l'influence de la séparation

des sexes ! « J'ai remarqué cette affection, dit-il, principalement chez les filles qui n'ont pas eu de frères, ou bien des frères plus jeunes qu'elles : et je suis absolument certain qu'on cause un grand préjudice à nombre de jeunes filles, en les séparant dans l'enfance par rigidité sociale, de la compagnie des garçons. » (1).

Sans insister trop sur cette opinion du célèbre chirurgien, nous passerons plutôt à un autre ordre de causes.

Le changement d'altitude ou de climat provoque quelquefois l'apparition de métrorragies, en particulier le séjour en montagne ou au bord de la mer. Il s'agit le plus souvent alors de sujets chez lesquels les réactions vasculaires et congestives sont particulièrement intenses et faciles.

Dalché a attiré l'attention sur un certain nombre de faits qu'il décrit comme exemples d'*hyperovarie*. Il s'agit de jeunes filles, de jeunes femmes, dont les règles, sans cause apparente, affectent régulièrement le type ménorragique ; les pertes surviennent toutes les trois semaines, tous les quinze jours même, abondantes, sans douleur le plus souvent. Ce sont des sujets jeunes, de petite taille, mais souvent plus formés que ne le comporterait leur âge : les seins sont très développés, l'appareil pileux est hypertrophié surtout au niveau du pubis ; la puberté a été précoce, vers onze ans, neuf ans même, la sensibilité génitale paraît exagérée. Etant donné ce que nous savons de l'influence de l'ovaire sur la nutrition générale et le développement de la femme, il paraît légitime d'admettre l'hypothèse de l'exagération parfois même héréditaire de la

1. Lawson-Tait: *Traité des maladies des ovaires*, p. 122.

fonction ovarienne. Voici une observation de ce genre qui peut se superposer aux cas de Dalché.

OBSERVATION XLVIII

F... Suzanne, vingt-deux ans, infirmière, vient demander conseil parce que ses règles apparaissent tous les quinze jours. Elles sont abondantes, durent sept à huit jours et ne sont pour ainsi dire jamais douloureuses.

C'est une femme petite, noire, pigmentée, très formée, et qui malgré ces pertes ne paraît pas anémiée ni affaiblie.

Elle a été réglée à douze ans, mais ses règles ne sont devenues fréquentes que depuis trois ans.

Elle n'a jamais souffert, les règles sont remarquablement faciles, aucun antécédent pathologique.

Pas de pertes blanches en dehors du jour qui précède les règles.

Au toucher : utérus petit, mobile, indolore ; culs-de-sac souples. On sent l'ovaire droit légèrement prolabé dans le cul-de-sac postérieur, pas douloureux, pas augmenté de volume.

Aucune trace d'annexite, non plus qu'aucun antécédent.

En somme aucune cause pouvant expliquer ces ménorrhagies.

Conseil de prendre tous les jours un tub froid, les pieds dans l'eau ; d'interrompre les longues promenades dont elle avait l'habitude, et de se reposer le plus possible.

Les règles ne reviennent plus que toutes les trois semaines et ont diminué de durée et d'abondance.

Dans un autre cas, à peu près semblable, existait un

abus manifeste de la bicyclette. Il a suffi d'interrompre ce sport et de pratiquer les lotions froides, pour rétablir l'ordre normal des règles.

Nous ne citerons que pour mémoire des faits beaucoup plus rares, où la métrorragie survient à l'occasion d'une excitation réflexe de cause éloignée. Par exemple un cas de métrorragie provoqué par l'allaitement (1), ou une observation de métrorragie grave après une opération dentaire pratiquée à la fin de la période menstruelle. Ce sont là des raretés dont la nature réflexe est évidente, mais qui somme toute n'ont en pratique aucune importance.

Ces quelques notions vont nous rendre plus facile l'étude des faits complexes groupés habituellement sous le nom de métrorragies virginales, métrorragies de la puberté, métrorragies de la ménopause.

« A la puberté, dit A. Siredey, ce sont les ménorrhagies qui constituent à elles seules la symptomatologie de la congestion utérine. Elles apparaissent parfois dès la première époque, le plus souvent à la seconde et à la troisième. Les règles durent huit, dix et parfois quinze jours ; les pertes peuvent être continues. D'ailleurs, point de douleur. Aussi l'entourage ne s'alarme-t-il guère. Ceci d'autant moins que le caractère héréditaire, familial de ces ménorrhagies arthritiques, leur donne une apparence inoffensive... Aussi ne s'en inquiète-t-on jusqu'à ce que surviennent, et c'est la règle quand les ménorrhagies se prolongent et se répètent, des symptômes d'anémie »...

La question des métrorragies virginales est beaucoup

1. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1878-1879, p. 369.

plus complexe : il existe certainement des métrites virginales mais elles n'expliquent pas les hémorragies qui ne sont en somme qu'exceptionnellement un symptôme d'infection utérine, sauf dans le cas de métrite fongueuse. Deux causes seules peuvent, nous semble-t-il, être invoquées, les lésions ou troubles annexielles et les altérations de l'état général. Aussi voyons-nous les auteurs admettre tantôt l'auto-intoxication dyscrasique (Castan) (1) ou les troubles vaso-moteurs (Bachelier) (2) tantôt se rattacher à l'hypothèse de la congestion utérine ou de l'infection latente (Lamy) (3) M^{lle} Gueller (4). C'est qu'en réalité nous croyons que si beaucoup de cas relèvent de l'ovarite scléro-kystique, d'autres sont en rapport avec l'utérus (5). Il ne faut pas oublier que nous nous trouvons en présence d'un organe qui commence à se développer et se trouve en un véritable état d'instabilité fonctionnelle. Nombre de ces métrorragies se rattachent à la chlorose ou à l'anémie mais peut-être pourrait-on admettre du moins dans certains cas, que la chlorose n'est que le résultat de ce fonctionnement nouveau et encore mal réglé de l'ovaire et des réactions qu'il provoque du côté des organes hématopoiétiques. Si nous sommes plutôt tenté d'admettre que dans la plupart de ces cas, c'est l'ovaire qui est le premier en cause, il

1. Castan. Thèse, Paris, 1897-1898.

2. Bachelier. Thèse, Paris, 1898-1899.

3. Lamy. Thèse, Nancy, 1896-1897.

4. M^{lle} Gueller. Thèse, Paris, 1900-1901.

5. A. Siredey. Les ménorragies essentielles des jeunes filles
Journal des praticiens 1899.

est bien évident que les troubles de l'état général favorisent les métrorragies.

Les métrorragies de la ménopause sont assez souvent aussi en rapport avec la congestion utérine.

Il est évident que la femme, parvenue au terme de sa vie génitale, présente beaucoup plus de chances en faveur d'une lésion utérine, telle que fibrome, métrite fongueuse, métrite parenchymateuse, etc. Mais il ne faudrait pas exagérer en faisant des métrorragies de la ménopause le résultat à peu près constant d'une lésion de la matrice (Pichevin) (1).

Il nous semble au contraire que dans la plupart des cas aucune lésion utérine ne peut être invoquée comme cause, et qu'il s'agit essentiellement de troubles réflexes et congestifs.

On les rencontre surtout, fait remarquer A. Siredey, « chez ces arthritiques au visage coloré, aux formes opulentes, dont l'aspect extérieur est si caractéristique. Elles ont été, en général, peu ou point fécondes.

... Vers trente-cinq à quarante ans apparaissent les phénomènes congestifs, en même temps que des troubles menstruels, avances ou retards, prémonitoires d'une ménopause encore lointaine. »

A chaque époque surviennent des phénomènes congestifs intenses : « C'est une pesanteur siégeant dans le bas-ventre, l'hypogastre, le périnée ; ce sont des douleurs lombéo-abdominales qui s'irradient dans des organes plus ou moins éloignés et, en général, déjà touchés. Une dyspeptique souff-

1. Pichevin. *Soc. d'obst. et gynéc.*, 8 juillet 1897.

fre de son estomac, une plosée, du rein ou du foie déplacés.

« Les poussées s'accompagnent constamment de phénomènes douloureux du côté des membres inférieurs. Lorsqu'il existe des varices — c'est la règle — celles-ci se tendent jusqu'à faire croire à l'existence d'une phlébite.

Tous ces phénomènes disparaissent comme par enchantement dès que se montrent les premières gouttes de sang...

« L'examen local fait au moment des poussées congestives montre une vulve violacée, parfois entourée de veines qui lui forment une collerette, véritables hémorroïdes vulvaires. Au toucher, on sent un utérus augmenté de volume, aux formes arrondies, au col tendu. Le spéculum permet d'apercevoir un col gros, de couleur violacée... »

On ne peut s'empêcher en présence de ce tableau clinique accompagnant la plupart des métrorragies de la ménopause de faire intervenir la congestion comme cause primitive et essentielle de ces hémorragies si fréquentes chez les arthritiques. Et s'il est évident que la congestion porte sur tout l'ensemble de l'appareil génital, il nous paraît cependant certain que c'est la congestion ovarienne qui est le point de départ des phénomènes hémorragiques utérins. Quels que soient en effet les phénomènes congestifs, bouffées de chaleur, hypertension, vertiges, douleurs abdominales, qui surviennent chez les malades ayant subi l'ovariotomie double avec conservation de l'utérus, il est exceptionnel que cette congestion se résolve en une métrorragie, tant il est vrai que l'ovaire constitue la condition essentielle, et en quelque sorte la clef, du flux sanguin menstruel.

MÉTRORRAGIES

AU COURS DES MALADIES GÉNÉRALES

Nous nous trouvons maintenant en présence d'un groupe de métrorragies, qui semble à première vue ne se rattacher par aucun lien aux troubles que nous avons jusqu'à présent étudiés.

Ici, l'utérus et les annexes sont sains, et la métrorragie apparaît comme le résultat d'une maladie générale, soit aiguë comme les fièvres éruptives, les maladies infectieuses, les intoxications, soit chronique et liée à une altération des fonctions cardiaques, hépatiques, rénales ou même nerveuses.

Il nous semble légitime de faire ici une distinction entre ces deux groupes de maladies :

Qu'une métrorragie survienne au cours d'une maladie hémorragipare, d'une variole ou d'une scarlatine hémorragique, d'un purpura, d'une maladie de Werlhof (1), d'un ictère grave, etc., il n'y a vraiment rien là qui puisse nous étonner, puisque de tous les côtés apparaissent également d'autres suffusions sanguines. Il y a longtemps qu'on l'a décrit au cours de la fièvre typhoïde, apparaissant au début

1. Werlhof. *Métrorragie mortelle dans la maladie de Werlhof étant apparue à la puberté et ayant duré trois ans.* Resnikoff. *Gaz. hebdomadaire de la Russie méridionale*, 1884, n° 15.

et méritant le nom d'*épistaxis utérine* que lui donnait Gubler et qui exprime bien son caractère congestif ; ou bien, elle peut survenir au cours même de la fièvre typhoïde grave, accompagnant les hémorragies intestinales et aboutissant à la mort, sans qu'on pût trouver de lésion utérine, ainsi que l'a démontré Darnall (1).

Dans tous ces cas, la coexistence d'autres hémorragies, nous interdit de rechercher une cause spéciale à la genèse de l'hémorragie utérine. Il est évident qu'elle se rattache à un trouble général de l'organisme et à une viciation toxique ou infectieuse de la crase sanguine. Pour la même raison nous n'insisterons pas sur les métrorragies des hémophiles, bien qu'elles puissent cependant être spécialement graves et abondantes.

Au cours de certaines maladies infectieuses sans autre hémorragie, il semble que les règles survenant sont souvent plus longues et plus abondantes. Ainsi, au cours de la pneumonie en particulier, les règles peuvent se manifester plus longues et parfois même un peu plus abondantes qu'à l'état normal.

On a signalé depuis quelque temps des métrorragies au cours de la syphilis, mais il semble bien résulter des observations de Ozenne (2), de l'étude de Dalché (3) qu'il s'agit dans ces cas, de salpingite ou d'ovarite syphilitique.

1. E. Darnall. *Journ. of. the Americ. med. assoc.*, 2 juil. 1904.

2. Ozenne. *Dégénérescence scléreuse des ovaires, d'origine syphilitique ; métrorragies rebelles*. (Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie.) Rouen, avril 1904.

3. Dalché. *Métrorragies et salpingites syphilitiques*. (*Gaz. Hôp.*, 15 juin 1905.) *Bulletin médical*, 30 juin 1906.

Au congrès de Rouen (1904), Ozenne rapporte deux cas de métrorragies survenues au cours de la syphilis, avec douleur et tuméfaction de l'ovaire ; il signale la dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire d'origine spécifique. Dalché rapporte le cas d'une jeune fille chez laquelle une ovarite syphilitique se traduisait par des hémorragies et des douleurs aux époques, tandis que le toucher démontrait la présence d'un ovaire gros et douloureux. Trépant (d'Amiens) avait rapporté un cas de métrorragies ne cédant que sous l'influence du traitement mercuriel, et Wassilieff dans son *Mémoire sur la salpingite syphilitique* avait conclu à la fréquence de l'augmentation des règles. Ces cas sont à rapprocher de l'ancienne observation de Laugier signalant la diminution de l'ovaire sous l'influence du traitement spécifique, et semblent vraiment démontrer qu'on peut légitimement faire rentrer ces hémorragies dans le cadre des métrorragies réflexes par lésion annexielle.

MÉTRORRAGIES DANS LES MALADIES DU CŒUR

Au cours des affections cardiaques, les métrorragies sont en somme assez rares ; elle ont été longtemps méconnues, au point que Bouillaud, Parrot, Grisolle, Stokes n'en font même aucune mention ; Aran les soupçonne, mais il faut arriver à Germain Sée, à Peter, à Duroziez (1875) pour voir cette notion s'imposer à l'esprit des cliniciens, en même temps du reste que celle du rétrécissement mitral : « L'existence d'une maladie de cœur, écrit Duroziez, retarde l'établissement des règles ; celle-ci sont irrégulières et prennent souvent la forme de pertes. »

C'est en effet au cours des maladies mitrales et surtout du rétrécissement mitral, que peuvent apparaître les métrorragies. Landouzy et Mrs. Marshall ont bien insisté sur ce point. Il est très rare de les rencontrer dans les affections aortiques, ou bien elles se produisent alors aux approches de la ménopause, et semblent, selon la conception de Huchard, se rattacher surtout à l'artério-sclérose concomitante.

Mais dans quelles conditions se produisent ces pertes, quel mécanisme peut-on invoquer ? C'est ce que nous pouvons concevoir à l'aide des observations et réflexions

de Dalché (1) à ce sujet. Déjà avant lui Maurice Raynaud et Wallon, dans sa thèse, avaient fait les mêmes remarques. La métrorragie se produit au début de l'évolution de l'affection cardiaque, au moment où celle-ci est encore bien compensée, où tous les organes fonctionnent encore bien, et où surviennent seulement de temps à autre quelques crises subasystoliques se localisant sur tel ou tel organe.

« Les règles, écrit Maurice Raynaud, sont souvent au début des maladies de cœur abondantes, profuses.... Il se fait même des hémorragies intercalaires qu'il ne faut pas confondre avec le flux cataménial.... Dans la période ultime.... les règles se suppriment. »

Vallon remarque également cette disparition, non seulement des métrorragies, mais encore des règles, coïncidant avec les progrès de l'affection cardiaque, alors que la stase sanguine, la congestion passive devient plus forte au niveau de l'utérus, et il y trouve un argument sans réplique en faveur de la nature réflexe de ces métrorragies.

« Le fait, dit-il, peut servir d'argument en faveur de la solidarité qui unit les fonctions utérines aux fonctions ovariennes, puisque la congestion passive même poussée à un haut degré est impuissante à amener des hémorragies par la matrice, alors que la congestion active physiologique amène cette hémorragie tous les mois ».

Il semble donc, et c'est ainsi que le comprend Dalché, qu'il s'agisse bien là d'un phénomène réflexe dont le point

1. Dalché. *Soc. Méd. Hôp.* 11 juin 1897. Voir aussi Guil-mard, thèse 1897.

de départ est l'ovaire. Il ne s'agit pas d'utérus cardiaque, mais d'ovaire cardiaque. La légère hyperémie du début des affections cardiaques provoque une exagération des fonctions ovariennes, qui se traduit par des métrorragies ; puis lorsque cette congestion passive augmente, que l'hyperfonctionnement de l'ovaire fait place à l'atrophie scléreuse, la déchéance fonctionnelle entraîne la suppression des règles, et quelle que soit ensuite la congestion passive de l'utérus, elles ne se rétablissent pas. L'ovaire cardiaque passe par les mêmes phases que le foie cardiaque.

Evidemment, il est impossible de faire jouer à l'ovaire le seul rôle dans la production de ces phénomènes ; la congestion concomitante de l'utérus facilite ces manifestations hémorragiques. « La fonction ovarienne encore respectée, écrit Dalché, provoque la fluxion utérine menstruelle, et celle-ci subit à son tour le contre-coup de la gêne circulatoire, même légère ; la congestion active physiologique appelle, localise et exagère la congestion pathologique passive... »

De même, si ces troubles se manifestent plus spécialement au cours du rétrécissement mitral et au moment de la puberté, c'est bien évidemment qu'il existe alors, comme nous l'avons vu plus haut, des prédispositions congestives indéniables. « Avant tout, dit Dalché, il faut tenir compte de l'évolution de l'appareil génital, qui de l'état infantile et pubescent passe à l'état adulte, alors qu'entrent en jeu les fonctions nouvelles de l'ovaire. Développement rapide de l'utérus et de ses annexes, transformation de tous les organes sexuels, premières poussées de la fluxion mens-

truelle, voilà les véritables causes qui, au niveau de la matrice, appellent, localisent et exagèrent la stase sanguine d'origine cardiaque, et font naître les ménorragies d'un rétrécissement mitral encore bien toléré. »

Il est même des cas où la métrorragie est le premier symptôme révélateur d'un rétrécissement mitral passé inaperçu (Landouzy), et que dévoile en quelque sorte ce réactif si sensible aux moindres influences congestives : la fonction menstruelle à l'époque de la puberté.

METRORRAGIES DANS LES MALADIES DE FOIE

Le foie semble agir sur la menstruation de deux façons très différentes.

D'une part, au cours des ictères graves et infectieux, des cirrhoses de toute sorte, aboutissant à l'insuffisance hépatique, on voit survenir des hémorragies utérines; c'est en ce sens qu'Hippocrate parlait des règles bilieuses, que Stoll, que Fincke signalent au cours d'épidémies d'ictères infectieux (1878-1880), le nombre considérable des métrorragies symptomatiques; mais ce sont là plutôt des symptômes de maladie hémorragipare et d'insuffisance hépatique que des métrorragies réflexes.

Quant à l'hypothèse de Nigel Starck, faisant des métrorragies dans les cirrhoses une manifestation de l'hypertension portale, elle ne nous paraît pas admissible. C'est manifestement une erreur anatomique, puisque toute la circulation utérine et ovarienne est tributaire du système cave par l'hypogastrique et l'utéro-ovarienne.

D'autre part, et ceci nous intéresse davantage, nous trouvons quelques observations de Cornillon et de Dalché (1) établissant l'existence de métrorrhagies au cours

1. Dalché. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 1897, 12 novembre.

de la lithiasc biliaire, et coïncidant avec des coliques hépatiques ; il s'agit bien ici de troubles réflexes, agissant à distance sur l'ovaire ou sur l'utérus.

METRORRAGIES DANS LES AFFECTIONS RENALES

Les seuls travaux d'ensemble que nous ayons rencontrés sur cette question sont l'article de Trier (1), la thèse de Saisy (2) et l'étude de Violet sur la néphrite interstitielle et les Métrorragies (3).

En étudiant le retentissement des affections rénales sur l'appareil génital de la femme ils citent quelques cas de métrorragies survenues au cours des néphrites aiguës et chroniques.

Au cours des néphrites aiguës la métrorragie semble rare, de même au cours de la néphrite chronique chez les brightiques ; mais dans ce cas, lorsqu'elle apparaît se manifestant toujours comme symptôme de l'hypertension, elle semble comporter un pronostic assez grave. En un mot l'épistaxis utérin est un pronostic plus grave que l'épistaxis nasal. Deux observations probantes de Trier semblent le démontrer ; dans ces cas la métrorragie se produit brusquement avec des allures soudaines de l'hémorragie cérébrale.

1. Trier. Métrorragies d'origine brightique. *Revue générale de clinique et de thérapeutique* 1887.

2. Saisy Thèse., Paris, 1898.

3. Violet. *Néphrite interstitielle et Métrorragie* (3 observ.) *Lyon médical*, 11 septembre 1904.

Obs. Trier. — Femme de quarante-cinq ans, arrive à l'hôpital pour une métrorragie abondante ; — elle avait éprouvé des vertiges, de la céphalalgie, des nausées... Mort au bout de deux jours avec phénomènes urémiques.

Aucune lésion des organes génitaux.

A l'autopsie, aucune autre lésion qu'un état scléreux des artères utérines.

Saisy. Obs III. — Trente-neuf ans, a souvent des maux de tête, des saignements du nez.

Entre à la Pitié pour œdème des membres inférieurs, urine très peu, albumine en quantité considérable.

N'a pas vu ses règles depuis cinq mois.

Est prise de métrorragies abondantes, qui s'arrêtent par tamponnement vaginal.

Une observation de la thèse de Filloux (1865) montre un cas d'épistaxis utérine abondante chez une jeune fille atteinte de néphrite aiguë.

Dans tous ces cas, il s'agit, nous semble-t-il, de ces métrorragies congestives dues à l'hypertension et sur lesquelles Huchard a attiré l'attention.

Quel est l'organe en cause ? s'agit-il d'une hémorragie due à la rupture d'une artère utérine ; ce n'est pas probable, car les examens anatomo-pathologiques de Trier ne l'ont pas constaté ; s'agit-il au contraire de métrorragie reflexe congestive à point de départ ovarien ? Cette hypothèse est plus probable ; en effet, chez ces femmes apparaissent en même temps que l'hémorragie, les troubles congestifs généraux, la pesanteur abdominale qui nous sem-

blent caractériser l'action ovarienne. Il est vraisemblable qu'il se produit là encore des phénomènes de décharge supplémentaire d'un système circulatoire embarrassé ; d'autant plus que la plupart du temps il s'agit de femmes à l'âge de la ménopause, et présentant ainsi que nous l'avons vu une susceptibilité toute particulière aux congestions ovariennes.

MÉTRORRAGIES DANS LES AFFECTIONS NERVEUSES

Nous n'avons pas l'intention de classer sous cette rubrique les métrorragies des hystériques. Elles nous paraissent au premier chef rentrer dans la catégorie des hémorragies congestives, étudiées au chapitre précédent, et dont la cause semble toujours liée à une excitation ovarienne d'ordre génital.

En dehors de ces cas nous avons rencontré dans la thèse de Lévis (Paris 1897) quelques observations qu'il nous faut discuter. Il s'agit toujours de métrorragies survenues au cours de névralgies du plexus lombo-sacré : par exemple (obs. XIX) une hémorragie coïncide avec une névralgie lombo abdominale, ou bien avec une sciatique (obs. XX), ou encore avec une névralgie du plexus lombaire (obs. XXI).

Il en est de même des observations empruntées par cet auteur aux thèses de Floreza, ou de Boulinguez.

Pour ce qui est des névralgies lombo-abdominale, le cas nous semble sujet à contestation. On sait la fréquence, au cours des affections annexielles, de ces douleurs lombaires et lombo-abdominales avec sensation de constriction hypogastrique, et nous nous demandons, si ces névralgies n'étaient pas plutôt le résultat d'une salpingite latente qu'une métrorragie nerveuse.

La même réserve s'impose, à notre avis, au sujet des névralgies sciatiques, étant donné ce que nous savons de l'étiologie possible de ce symptôme, et la possibilité de rattacher assez souvent une sciatique à une tumeur pelvienne ou à une annexite méconnue.

Nous n'avons d'autre part rencontré aucun cas probant de métrorragie d'origine purement nerveuse. Il nous paraît donc légitime de suspendre à ce sujet notre jugement, jusqu'à ce que soit démontrée l'existence d'une telle variété d'hémorragies.

Toutefois il ne faut pas oublier que les causes morales, — chagrins, vives émotions — peuvent influencer sur l'apparition des règles — les faire avancer ou les interrompre.

INTERPRÉTATION GÉNÉRALE

Les Métrorragies ovariennes

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT

Parvenus au terme de cette étude analytique, il nous semble avoir vu se dégager peu à peu de nos recherches la notion du rôle de l'ovaire dans ces métrorragies dites réflexes et congestives. Ce sont les *métrorragies ovariennes* que l'on peut et l'on doit opposer aux *métrorragies utérines*, les premières physiologiques et fonctionnelles, les secondes résultant d'une lésion de l'utérus, anatomiques, en quelque sorte.

Ce qui caractérise ces métrorragies ovariennes, c'est qu'elles se manifestent comme une viciation ou une exagération du phénomène menstruel. Qu'elles apparaissent isolées sous forme de métrorragies, qu'elles prennent, ce qui est de beaucoup plus fréquent, le type simplement ménorragique, elles s'accompagnent presque toujours de phénomènes menstruels, sensation de pesanteur lombopelvique, douleurs hypogastriques, apparition d'un écoulement leucorrhéique prémonitoire, symptômes manifestes de congestion pelvienne. Parfois même ces symp-

tômes sont si accusés, comme nous l'avons vu chez les arthritiques, qu'ils prennent plus d'importance que la perte de sang elle-même et que celle-ci n'apparaît plus que comme la résolution de cette crise congestive que Récamier comparait aux fluxions hémorrhéoidaires. D'autres fois, et particulièrement au cours des annexites et des ovarites scléro-kystiques, ce sont les douleurs annexielles qui prennent une intensité telle qu'elles créent un véritable mode d'hémorragies : la *ménorragie douloureuse*. Enfin assez souvent, c'est l'hémorragie seule qui attire l'attention, par sa durée, son abondance ou sa répétition se rapprochant beaucoup plus alors du type classique des métrorragies de cause utérine.

DIAGNOSTIC. — Il serait du reste inadmissible de se contenter de tels renseignements et de ne considérer que les allures cliniques de la perte pour faire le diagnostic de métrorragie ovarienne.

Toutes les fois par conséquent que l'on se trouvera en présence d'une femme présentant une perte sanguine, et chez laquelle il n'y a pas de raison de croire à une grossesse, on devra envisager successivement plusieurs hypothèses, et avant toutes choses s'assurer qu'il ne s'agit ni d'un avortement, ni d'un fibrome, ni d'un cancer, ni d'une rétention placentaire.

Le retard des règles, le développement des seins, la pigmentation de la peau, le début subit de la perte accompagnées de douleurs d'expulsion, la présence de caillots, la consistance du col ramolli et *l'entre-bâillement de son orifice*, enfin la contracture en dôme des parois vaginales

permettront le plus souvent de faire le diagnostic de l'avortement.

Les mêmes arguments plaident en faveur de la rétention placentaire. Il s'agit d'une perte continue ou intermittente à type métrorragique ou même vaguement métrorragique, mais toujours le début brusque de la métrorragie survenue après un retard de règles, la présence de caillots et *la fétilité des pertes* évoquent immédiatement l'idée d'avortement.

De même les ménorragies croissantes et progressivement croissantes du fibrome, s'exagérant au point que la femme est « toujours dans le sang » permettent assez souvent de porter un diagnostic que confirme facilement le toucher montrant l'augmentation du col, tandis que l'hystéromètre accuse d'une façon constante un agrandissement de la cavité utérine. Cependant il peut y avoir là une réelle difficulté due à la présence d'un petit polype sous-muqueux entretenant l'hémorragie et que souvent pourra seul diagnostiquer l'hystéromètre, la curette ou le toucher intra utérin après dilatation.

Quant au cancer il se présente le plus souvent avec une physionomie assez nette : des pertes irrégulières, sans douleurs, tout au moins au début, des pertes accompagnées de leucorrhée rousseâtre et d'une fétilité particulière, enfin un signe très précieux : *l'apparition des hémorragies provoquées par le moindre traumatisme* ; par le toucher, par le coït, par l'introduction d'une canule, chez une femme ayant dépassé quarante ans, doit immédiatement faire porter le diagnostic *probable* de cancer, diagnostic que

bien souvent l'examen gynécologique n'aura aucune peine à confirmer.

Telles sont les hypothèses qu'il faut absolument éliminer avant de songer aux métrorragies ovariennes.

Inutile d'ajouter que nous éliminons également les métrorragies des maladies hémorragipares et des infections graves.

On recherchera d'abord la présence d'une annexite ou d'un ovaire scléro-kystique ; on pensera aux tumeurs de l'ovaire, et c'est seulement après avoir constaté l'intégrité absolue des annexes que l'on pourra songer à la congestion simple de l'ovaire, rechercher dans les organes voisins le point de départ possible d'un réflexe congestif, ou suspecter l'influence d'une maladie générale qui sera souvent un rétrécissement mitral.

PATHOGÉNIE. — Boinet, en 1867 écrivait déjà cette phrase : « Des travaux nombreux ont établi l'influence de l'ovulation sur les règles ; de là à constater l'influence de l'inflammation de l'ovaire sur la congestion et l'hémorragie utérine, il n'y avait qu'un pas (1). »

C'est, nous semble-t-il, la notion qui se dégage d'elle-même de l'ensemble des faits que nous venons d'étudier.

On connaît maintenant les rapports intimes qui unissent l'ovaire à l'utérus, l'ovulation à la menstruation.

Les travaux de Négrier, de Gendrin, de Coste, de Bischoff ont démontré que chaque période menstruelle coïncide ordinairement avec la rupture d'un follicule de Graaf.

Plusieurs gynécologues ont en vérité soutenu l'indépen-

1. Boinet, *Traité prat. des mal. des ovaires*, p. 45.

dance de la fonction menstruelle et de l'ovulation. Ils ont invoqué les faits connus d'ovulation et de grossesse sans menstruation ; mais la possibilité d'un fonctionnement ovarien sans réaction utérine, ne démontre pas l'indépendance de celle-ci vis-à-vis de celui-là.

On a rapporté des cas, rares il est vrai, de persistance de la menstruation après l'ablation des deux ovaires ; mais il n'est pas démontré qu'il n'existât pas dans ces cas quelque fragment de tissu ovarien aberrant dans les replis péritonéaux.

Beigel a considéré l'ovulation et la menstruation comme deux phénomènes connexes, et dépendant l'un comme l'autre d'une excitation sexuelle ; mais après ovariectomie, cette excitation sexuelle ne produit pas d'hémorragie ; de plus cette théorie n'explique pas la périodicité des règles,

De Sinéty invoque l'action périodique du système nerveux, mais n'explique pas que cette influence n'agisse plus en général après l'ovariectomie.

William, Goodmann, voyaient au contraire dans la menstruation la cause de l'ovulation ; les modifications de la muqueuse utérine réagissant sur l'ovaire.

Lawson-Tait invoquait l'influence des trompes comme cause de la menstruation, mais les faits rapportés par Tillaux, Gaillard, Thomas, Kœberlé, Péan, Letousey, de persistance des règles après l'ablation des trompes et de la plus grande partie de l'utérus (les ovaires restant en place) montrent avec la dernière évidence le rôle primordial de l'ovaire.

Du reste toutes ces théories n'ont plus guère qu'un intérêt historique, et la presque unanimité des physiolo-

gistes s'accorde pour considérer la menstruation comme le résultat ordinaire de la congestion ovarienne qui détermine l'ovulation, soit qu'elle agisse par action nerveuse et réflexe à point de départ ovarien, soit qu'elle résulte d'une substance vaso-dilatatrice fournie par la sécrétion interne de l'ovaire et dont l'action se ferait surtout sentir au niveau des trompes et de l'utérus (Fraënkel).

C'est évidemment le même mécanisme qu'il faut invoquer pour interpréter les métrorragies congestives et réflexes qui semblent n'être qu'une exagération ou déviation de la fonction menstruelle.

La simple ovariectomie suffit pour les supprimer, dans tous les cas de salpingite hémorragique.

N'existe-t-il dans ces cas qu'une simple action nerveuse et réflexe? Nous ne le croyons pas. Il semble qu'il s'agit bien plutôt d'un fonctionnement exagéré de l'ovaire, d'une hyperovarie. L'exemple le plus manifeste nous est fourni par ces cas d'hyperovarie rapportés par Dalché, par ces métrorragies de la ménopause, par ces faits de congestion utérine en relation manifeste avec les excitations génitales. Dans tous ces cas l'ovaire ne traduit pas seulement son hyperfonctionnement par l'hémorragie utérine, mais encore par la série des troubles généraux et des modifications même plastiques qu'il imprime à l'organisme.

Dans les kystes, sarcomes et cancers de l'ovaire, peut-être est-il logique d'invoquer encore l'hypertrophie glandulaire? Quoi d'étonnant si la viciation, la prolifération pathologique d'un tissu se traduisent par des troubles d'hyperfonctionnement? Nous rappellerons seulement pour mémoire que Schminke a trouvé dans les carcinomes ovariens des

formations semblables à des ovules (1), qui traduisent manifestement l'hypertrophie fonctionnelle de l'organe.

Dans les salpingo-ovarites, ce n'est pas lorsque l'ovaire est étouffé par un processus de sclérose interstitielle que se manifestent le plus souvent les métrorragies, c'est au contraire dans les cas de salpingite kystique laissant en dehors de la poche une portion plus ou moins considérable de l'ovaire souvent hyperplasié.

Dans l'ovarite scléro-kystique, Lawson-Tait reconnaît qu'il n'y a sans doute en cause que des hypertrophies folliculaires.

Enfin, l'étude de l'ovaire cardiaque vient encore appuyer cette hypothèse. Nous avons vu en effet les métrorragies apparaître tout au début de la période hypodynamique, au moment où n'existe dans les organes qu'une légère congestion passive qui exagère leur fonctionnement. C'est la phase d'hyperovarie, comparable à la phase d'hyperhépatie tout au début du foie cardiaque. Mais si l'asystolie se prononce, la congestion passive entrave les fonctions ovariennes ; l'ovaire s'atrophie, dégénère et se sclérose ; c'est la phase d'hypo-ovarie, et quel que puisse être alors le degré de congestion passive de l'utérus, les métrorragies disparaissent.

Telle est, nous semble-t-il, la conception générale qui résulte de l'examen de tous ces faits.

Il est bien évident qu'en dehors de l'hyperfonctionnement de l'ovaire, on doit attribuer une part importante à

1. Schminke. *Phys. med. Gesellschaft, in Wurtzburg*,
3 mai 1906.

la diathèse neuro-arthritique, à l'hypertension vasculaire générale, rendant plus faciles les réactions congestives : il est évident que les lésions mêmes de la muqueuse utérine, que son état de congestion peuvent faciliter l'apparition des hémorragies ; de même que l'action de l'ovaire ne s'exerce peut-être pas seulement sous forme de métrorragie, mais doit pouvoir à la longue déterminer des modifications de la structure utérine elle-même.

Et ici se pose en somme le problème du fibrome. Est-il possible qu'une excitation permanente venue de l'ovaire entraîne une congestion chronique de l'utérus et que celle-ci se traduise par une sclérose hypertrophique ou par une hyperplasie fibro-myxomateuse, c'est ce qu'il est encore impossible d'affirmer. Toujours est-il que la plupart des auteurs ont noté la coïncidence constante de métrite parenchymateuse et d'affections annexielles, de fibrome et d'ovaire scléro-kystique. « Il me semble, écrit Lawson-Tait, y avoir une connexion étroite et qu'on n'avait pas soupçonnée jusqu'ici entre la maladie kystique de l'ovaire et quelques-uns des symptômes utérins les plus graves que les femmes aient à supporter. J'ai enlevé les ovaires d'un grand nombre de femmes qui souffraient d'hémorragies profuses et destructives, dues à la présence d'un myome utérin, et dans la majorité des cas, j'ai trouvé les ovaires kystiques (1). »

Nous n'entreprendrons pas de résoudre ce problème, nous voulions uniquement montrer combien à la fois obscur et important apparaît le rôle de l'ovaire, non seulement dans

1. Lawson-Tait. *Traité des maladies des ovaires*, p. 152, Paris, Doin, 1886.

les métrorragies et congestions utérines, mais même dans les lésions anatomiques de cet organe.

TRAITEMENT. — Nous n'avons pas l'intention d'insister sur le traitement de la métrorragie en général ; les hémostatiques, les injections chaudes, l'ergotine au besoin peuvent arrêter les hémorragies ovariennes comme les pertes utérines.

D'autre part il est évident que les tumeurs de l'ovaire doivent être enlevées ; que les salpingites kystiques sont justiciables de l'opération, et qu'en supprimant la cause de l'hémorragie on supprimera aussi le symptôme.

Mais pour ce qui est des salpingites non kystiques, des ovarites scléro-kystiques, des congestions ovariennes et hyperovaries fonctionnelles, un autre traitement s'impose. Il consiste essentiellement dans le repos au lit, repos absolu dans certains cas, repos relatif dans d'autres, observé seulement au moment des époques menstruelles et prolongé pendant quelques jours après.

Ce qu'il faut connaître, c'est l'hygiène de la menstruation. Il faut supprimer toute cause de fatigue, s'abstenir d'une alimentation irritante et trop substantielle ; enfin connaissant les relations réflexes qui unissent les téguments aux viscères, on pourra tenter de l'hydrothérapie froide. Dalché signale plusieurs succès obtenus en arrosant d'eau froide la plante des pieds de ses malades. Nous même avons souvent conseillé efficacement la pratique du tub froid ou de la douche, qui jointe aux autres prescriptions hygiéniques de la menstruation et au repos fonctionnel, parviennent presque toujours à rétablir l'ordre troublé de la physiologie génitale.

CONCLUSIONS

I. — A côté des métrorragies de cause utérine telles que celles qui dépendent d'avortement, de la rétention placentaire, du fibrome, du cancer et de la métrite hémorragique, il existe des métrorragies de cause réflexe et congestive.

II. — Elles affectent parfois le type métrorragique, mais plus souvent prennent l'allure de ménorragies.

III. — Elles se rencontrent assez rarement dans le kyste de l'ovaire, souvent dans les salpingo-ovarites ; très souvent dans l'ovarite scléro-kystique.

IV. — Elles peuvent se produire en dehors de toute lésion ovarienne, par congestion simple de cet organe, due à des excitations génitales, à des troubles réflexes, à des perturbations physiologiques générales.

V. — Dans les affections cardiaques, les métrorragies se produisent au début, à la phase d'hyperovarie. Elles disparaissent quand survient par suite des progrès de l'affection, la sclérose et l'insuffisance fonctionnelle de l'ovaire.

VI. — Dans tous ces cas, il semble que la métrorragie soit en relation avec un hyperfonctionnement de l'ovaire. Ce sont des *métrorragies ovariennes*.

VII. — Le traitement consiste dans la suppression de la

cause, lorsqu'elle est légitime : kyste, tumeur, **annexite**.
Dans les autres cas il consiste essentiellement dans le repos
au lit et dans l'hygiène de la menstruation.

Vu : le Président de la thèse,
POZZI

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Anouffrief.* — Métrorragie grave après opération dentaire, à la fin de la période menstruelle. Roussky Vratch, 1905, n° 8.
- Bachelier.* — Essai sur les métrorragies virginales essentielles. Thèse, Paris, 1895.
- Barié.* — Etude de la ménopause. Thèse, Paris, 1877.
- Barnes.* — Traité des maladies des femmes, 1876.
- Boinet.* — Traité pratique des maladies des ovaires, 1867.
- Bouilly.* — Manuel de Pathologie externe (4 agrégés), XIV.
— Les métrorragies d'origine ovarienne. La Gynécologie, 15 avril, 15 juin 1899.
— Note sur l'ovarite scléro-kystique. La Gynécologie. Juin 1900.
- Brennecke.* — Zur ætiologie der Endometritis fungosa.
— Arch. für gynæk. BD. XX, p. 45.
— Berlin klin. Wochenschrift, 1885.
- Gastan.* — Métrorragies des jeunes filles. Thèse, Paris, 1898.
- Chéron.* — Des salpingo-ovarites. Rev. méd.-chir. des mal. de femmes, 1880, p. 325.
- Chauffon.* — Tuberculose des annexes.
- Conzette.* — Contribution à l'étude des ovaires à petits kystes. Thèse Paris, 1800.
- Czempin.* — Zeitschrift für Geburtshülfe und Geburstkunde. 1886, Bd. XIV.
- Duret.* — Salpingites et suppurations pelviennes. Journ. des soc. méd. de Lille, 1895.
- Fraikin.* — Ovarite scléro-kystique, th. Bordeaux, 1899.
- Gallard.* — Leçons cliniques sur les maladies des femmes, 1886.
- Gascheau.* — Etude sur les tumeurs solides de l'ovaire. Thèse, Paris, 1903.

- Ghazarossian*. — Contrib. à l'étude de la pathogénie de l'ovarite scléro-kystique. Th. Paris, 1903.
- Guellen* (M^{me} B.) — Des métrorragies chez les jeunes filles. Th. Paris, 1901.
- Guilmart*. — Troubles de la menstruation dans les maladies de cœur. Th. Paris, 1897.
- Handfield* (Jones). — Métrorragies de la ménopause. The Polyclinic. Avril 1902.
- Hontanon*. — Métrorragies de la ménopause. Rev. de Med. y circ. pract. 14 nov. 1902.
- Kritchowska* (M^{me}). — Salpingite hémorragique. Thèse, Paris, 1900.
- Dalché*. — De l'ovarite. Thèse, Paris, 1885.,
- Métrorragies dans les maladies du cœur. Soc. Méd. Hôp., 11 juin 1897.
 - Métrorragies dans les maladies du foie. Soc. Méd. Hôp. Septembre 1897.
 - Métrorragies et salpingites syphilitiques. Gaz. Hôp., 15 juin 1905.
 - Bulletin médical, 30 juin 1906.
 - Hyperovarie. Endométrites virginales. Gaz. Hôp., 3 juillet 1906.
- Danthez*. — Contribut. à l'étude de la métrite hémorragique dite essentielle. Thèse, Paris, 1900.
- Darnall*. — Métrorr. dans la fièvre typhoïde. Journ. of the Americ. med. assoc. 2 juillet 1904.
- Delespine*. — Métrorragies et affections annexielles. Thèse, Paris, 1905.
- Dolérès*. — Métrites et fausses métrites.
- Dubar*. — Fibrome de l'ovaire. Bull. Méd. du Nord, 1893.
- Dubois*. — Contrib. à l'étude des sarcomes de l'ovaire. Thèse, Paris, 1898.
- Labadie-Lagrave* et *Legueu*. — Traité de Gynécologie.
- Lamy*. — Métrorragie chez les jeunes filles à l'époque de la puberté. Thèse, Nancy, 1896-1897.
- Levis*. — Troubles de la menstruation dans les maladies du système nerveux.
- Martin*. — Traité clinique des maladies des femmes (trad. Varnier et Weiss. Paris, 1889).
- Maucclair*. — Symptôme et diagnostic des salpingo-ovari-tes. Bulletin médical, 1905, n° 1.

- Marshall et Jolly*. — Influence de l'ovaire sur les fonctions utérines. *Edinburgh. med. journ.*, mars 1907.
- Mistral*. — Essai clinique sur les troubles de la menstruation. Th., Paris, 1881.
- Ozenne*. — Syphilis de de l'ovaire. Congrès de gyn. obst. et péd. Rouen, avril, 1904.
- Semaine gynécologique, 27 octobre 1903.
- Petit*. — Ovarite et kystes de l'ovaire. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, nov. 1888.
- Pichevin*. — Métrorragie de la ménopause. *Soc. d'obst. et de gynécologie*, 8 juillet 1897.
- Pozzi*. — Traité de gynécologie.
- Resnikoff*. — Métorrh. dans la maladie de Werlhof. *Gaz. hebdom. de la Russie méridionale*, 1884. N° 15.
- Richelot*. — Pseudo-métrites des arthritiques nerveuses. (*Bull. méd.*, 1899).
- Riebold*. — Rapports entre l'ovulation, la menstruation et les maladies internes. *Münchener Medicinische Wochenschrift*, 17 septembre 1907.
- Riede*. — Menstruation précoce et sarcome de l'ovaire. *Wiener, chir. med. Woch.* 1^{er} septembre 1904.
- Saisy*. — Troubles des organes génitaux de la femme au cours des affections rénales. Thèse, Paris, 1898.
- Schmidt*. — Ménorragie et métrite hémorragique. Thèse, Paris, 1896.
- Siredey*. — Ménorragies essentielles des jeunes filles. *Revue générale de clin. et thérap.* 1899.
- Maladies des organes génitaux de la femme, in *Traité de médecine* (Brouardel et Gilbert).
- La congestion utérine. *Bulletin médical*, 26 avril 1902.
- Métrites hémorragiques. *Journ. de médecine et de chir. pratiques*, 25 avril. 1902.
- Smith*. — Hémorragies utérines causées par des maladies organiques d'autres organes, et par des désordres constitutionnels. *A. med. contemp.*, 3 mars 1901.
- Tait (Lawson)*. — Traité clinique des maladies des femmes (trad. Betrix, 1891).
- Traité des maladies des ovaires.
- Terrier*. — *Revue de chirurgie*, 1884.

Violet. — Néphrite intertitielle et métrorragies. Lyon médical, 11 sept. 1904.

Wells (Spencer). — Tumeurs de l'ovaire et de l'utérus. (trad. Rodet, 1886).